

熊本県聴覚障害者情報提供センター会議室等 使用申込書

熊本県聴覚障害者情報提供センター 所長 様

下記のとおり部屋の利用を申し込みます。

申込日 年 月 日

使用日時	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分から 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分まで
使用団体名	(団体名) (代表者名)
使用室名	ふれあいシアター 研修会議室 そのほか ()
使用目的	
使用人数	人
使用機器	(テレビなど使用する機器があれば記入して下さい) ※使用される際は必ず職員に申し出てください。 ※機器は大事にお使いください。 故障した場合、弁償していただくことがあります。
空調使用	要 ・ 不要

申込者住所

TEL

申込者名

印 FAX

受付日	/	受付者名	
-----	---	------	--

利用報告

※ 空調代は当日お支払いくださるようお願いいたします。

利用日時	年 月 日 時 分 ~ 時 分
利用者数	聴覚障害者 人 ほか 人
空調使用 時 分 ~ 時 分 料金 円	支払い (済み ・ 未払い)
記入担当者	
ペン・イレイザー返却	返却済 確認担当者 ()